LES

ABCÈS DU FOIE

A ÉVOLUTION LATENTE ET APYRÉTIQUE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............ Doyen
FORGUE................ Assesseur

PROFESSEURS

Hygiène........................ MM. BERTIN-SANS(
Clinique médicale........................ GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale........................ TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie .... GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech.....
Thérapeutique et matière médicale........................ HAMELIN (✻).
Clinique médicale........................ CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses........................ MAIRET (✻).
Physique médicale........................ IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale .... GRANEL
Clinique chirurgicale........................ FORGUE.
Clinique ophtalmologique........................ TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie........................ VILLE.
Physiologie........................ HEDON.
Histologie........................ VIALLETON.
Pathologie interne........................ DUCAMP.
Anatomie .... GILIS.
Opérations et appareils........................ ESTOR.
Microbiologie........................ RODET.
Médecine légale et toxicologie .... SARDA.
Clinique des maladies des enfants........................ BAUMEL.
Anatomie pathologique........................ BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements .... MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.. BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards. VIRES, agrégé.
Pathologie externe........................ L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale .... RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE
RAUZIER
LAPEYRE
MOITESSIER
de ROUVILLE

MM. PUECH
VALLOIS
MOURET
GALAVIELLE

MM. RAYMOND
VIRES
L. IMBERT
H. BERTIN-S

M. H. GOT, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FORGUE, *président.*
CARRIEU.
GALAVIELLE.
L. IMBERT.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Disse qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n leur donner ni approbation ni improbation.

DES

ABCÈS DU FOIE

A ÉVOLUTION

LATENTE ET APYRÉTIQUE

N° ~~23~~ 7

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 22 FÉVRIER 1901

PAR

Gaston BÈNES

INTERNE DES ASILES DE MARSEILLE

Né à Pézenas (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1901

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON EXCELLENTE MÈRE

A MA GRAND'MÈRE BIEN-AIMÉE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES FRÈRES JOSEPH ET ETIENNE

A TOUS MES PARENTS

G. BÈNES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MM. LES D^RS BOUBILA ET MAUNIER

MÉDECINS EN CHEF DES ASILES DE MARSEILLE

A MON EXCELLENT AMI

LE DOCTEUR BESSIÈRE

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

G. BÈNES.

INTRODUCTION

Il peut paraître étrange qu'on choisisse pour titre de thèse inaugurale un tel sujet de pathologie, pour ainsi dire exotique.

Mais, si l'on songe que l'extension de notre domaine colonial devient depuis quelques années considérable, que les voyages de plus en plus faciles et rapides sont fréquents aux pays chauds et qu'on en peut revenir touché par la dysenterie ou la malaria, causes essentielles d'abcès du foie; que les hépatites suppurées d'origine sporadique ne sont pas si rares, mais demeurent souvent méconnues ; que les observations d'abcès du foie augmentent dans nos hôpitaux et qu'un diagnostic précoce et un prompt traitement s'imposent à qui veut les guérir, on conviendra que ces abcès méritent une étude.

Mais nous ne voulons nous occuper ici que d'une forme spéciale de ces gros abcès, qui évoluent d'une façon si torpide et avec des symptômes si obscurs, qu'ils ne peuvent être diagnostiqués que très tard, ou passer complètement inaperçus. Ils exposent ceux qui en sont atteints aux dangers les plus redoutables ; car ils peuvent se rompre dans les organes essentiels et amener la mort avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

Le hasard nous a bien servi. Nous avons eu, en effet, l'occasion d'observer récemment dans les services de MM. les professeurs Grasset et Tédenat les deux malades qui font l'objet de nos deux premières observations. Ces malades étaient précisément porteurs de gros abcès du foie qui étaient restés latents jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital.

Ces observations ont dicté le choix de notre thèse.

Nous ne comptons pas soumettre à nos juges un document original. Depuis longtemps, en effet, bon nombre d'observations ont été publiées sur ce sujet. Mais, serons-nous heureux, du moins, si nous avons pu, par notre modeste travail, attirer l'attention des praticiens vers un de ces côtés de la pathologie hépatique qui est sujette à tant de surprises.

Le plan de notre étude a été ainsi conçu : Le premier chapitre aura pour objet l'Etiologie, la Pathogénie et l'Anatomie pathologique.

Dans le second chapitre, nous étudierons la symptomatologie générale des abcès du foie, et la symptomatologie spéciale aux abcès latents et apyrétiques.

Le chapitre III nous donnera le diagnostic.

Le pronostic formera le quatrième chapitre.

Dans un cinquième chapitre nous donnerons le traitement.

Les observations viendront ensuite, et nous terminerons par nos conclusions, dans le sixième chapitre.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous nous hâtons de témoigner notre vive gratitude à tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier, pour toutes les marques d'intérêt

qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer durant nos cinq années d'études, et tout particulièrement à ceux que nous avons connus :

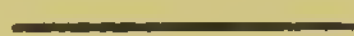
Que les professeurs agrégés Galavielle, Mouret et Rauzier nous permettent de les mentionner tout spécialement, pour les remercier de l'accueil bienveillant qu'ils nous ont toujours réservé.

Que nos chefs de service à l'asile d'aliénés de Marseille, les docteurs Boubila et Maunier, reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance. Nous avons trouvé en eux, non pas des chefs, mais des maîtres bienveillants.

Nous ne saurions oublier M. le docteur Cossa, médecin-adjoint, qui n'a cessé de nous accorder toute sa sympathie pendant notre internat.

Nous remercions bien vivement M. le professeur Forgue, qui a bien voulu nous encourager en approuvant le choix de notre sujet et en nous donnant d'excellents conseils. Nous sommes profondément touchés de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Puissions-nous, un jour, lui prouver notre reconnaissance !



DES

ABCÈS DU FOIE

A ÉVOLUTION LATENTE ET APYRÉTIQUE

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — ANATOMIE. PATHOLOGIQUE.

Bien que nous n'ayons pas à nous occuper ici des abcès du foie à allure franche, il nous semble bon pourtant d'étudier rapidement les causes, les conditions, la nature de ces abcès; car il nous sera plus aisé d'exposer à la suite l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique des abcès latents et apyrétiques.

Nous savons que les agents pathogènes de la suppuration peuvent être apportés au foie par des voies multiples : artère hépatique, veine porte, canaux biliaires; ces derniers jouent un rôle aussi important que les conduits vasculaires : n'oublions pas qu'ils débouchent dans le duodénum, milieu normalement septique. L'abcès du foie pourra se présenter sous les apparences d'une affection primitive; comme une affection consécutive à une maladie générale; consécutivement à une

maladie de l'intestin et des annexes du tube digestif; enfin, dans une catégorie de cas, une lésion d'abord aseptique du foie, évoluant depuis des mois ou des années, s'infecte secondairement.

Quel est le mécanisme de l'infection ? Les abcès dits idiopathiques ont une origine très obscure ; on sait seulement qu'ils ne s'observent guère que dans les pays chauds, mais on ignore à peu près leurs causes.

Leur pus est le plus souvent stérile (Netter, Kartulis, Laveran). On y a signalé la présence d'amibes, quelquefois même celle de staphylocoques blanc et doré. Laveran (1), qui divise les abcès des pays chauds en idiopathiques et dysentériques, et n'a jamais trouvé d'amibes dans leur contenu, établit une distinction entre les abcès anciens à marche lente et les abcès récents ou à marche rapide. Les seconds seuls renferment des microbes. Si on ne trouve pas des microbes dans les premiers, c'est qu'ils ont probablement disparu. Nous verrons plus loin comment on explique cette disparition des microbes.

Les abcès consécutifs à une maladie générale renferment des microbes variés (streptocoques, staphylocoques, bacille d'Eberth, pneumocoques, etc).

Ce sont pour la plupart des abcès métastatiques; les agents infectieux déversés par le foyer infectant dans le système veineux passent par le cœur droit, la circulation pulmonaire, le cœur gauche, et des artères dans l'artère hépatique; c'est par elle que se fait l'infection; elle débute donc au niveau des espaces portes.

Toutefois, cette voie n'est pas exclusive: la pneumonie, la

---

(1) Laveran, *Bactériologie des abcès du foie.* (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1893).

dothiénentérie peuvent se compliquer d'angiocholites à pneumocoques ou à bacilles d'Eberth; on peut en conclure que l'infection du foie dans les maladies générales s'opère quelquefois par le cholédoque.

Les abcès consécutifs à une infection de l'intestin reconnaissent presque toujours comme porte d'entrée la veine porte, dont les radicules vont pour ainsi dire puiser les microbes dans l'intestin.

Ces microbes peuvent traverser les tuniques intestinales voisines ou passer à la faveur des ulcérations intestinales. Il y a quelquefois simultanément une pyléphlébite suppurative qui se propage jusqu'aux espaces portes.

Les microbes trouvés dans ce cas sont le *colibacille*, les streptocoques et staphylocoques, le bacille d'Eberth...

Ceux de ces abcès qui sont consécutifs à la dysenterie et constituent la deuxième classe des grands abcès des pays chauds, sont souvent stériles comme ceux dits idiopathiques; les staphylocoques, le bacillus pyogenes fœtidus, des amibes ont été rencontrés cependant dans ce pus.

Dans la lithiase biliaire, c'est par le mécanisme de l'angiocholite, c'est-à-dire par le duodénum et le cholédoque que se fait l'infection du foie. Le B. coli y joue le plus grand rôle.

En résumé, on n'est pas absolument fixé sur la voie suivie par tous les agents infectieux ; mais leur migration est connue dans les principaux cas.

Ce qui nous frappe, lorsque nous lisons les compte rendus des examens du pus des abcès anciens du foie, c'est la fréquence de la stérilité de ce pus ; nombreuses en effet sont les théories qui ont été mises en avant pour expliquer cette absence de microbes ou plutôt la disparition de ces microbes, concurremment à l'ancienneté de l'abcès.

Laveran a invoqué l'influence bactéricide de la bile. Cette théorie a été battue en brèche expérimentalement par Charrin,

Roger, Dupré et Létienne, qui ont prouvé que la présence de la bile dans les cultures ne tuait pas les microbes.

L'hypothèse de Chauffard, qui retire ce pouvoir à la bile pour en doter les cellules hépatiques, ne s'appuie sur aucun fait précis et laisse supposer que la stérilité du pus est l'apanage de l'organe hépatique à l'exclusion des autres organes.

Enfin, à la raison invoquée par Kartulis, « que les suppurations d'origine dysentériques sont le fait de parasites encore inconnus, que nos ressources scientifiques ne nous permettent ni de cultiver, ni de colorer », il est facile de répondre, par les observations de Hanot, Zancarol, qui, malgré la stérilité des ensemencements, ont pu déceler des microbes dans les coupes.

En 1895, dans les revues générales consacrées à cette question, on ne comptait, depuis Kartulis, que trente-huit cas de stérilité.

Mais l'étude comparative de ces observations permettait déjà de conclure que ce pus, renfermant des microbes inoffensifs, dont l'ensemencement reste stérile, est atteint d'une stérilité secondaire, conséquence de son vieillissement. Il s'agissait, dit Longuet, d'abcès ayant évolué lentement. A ce caractère, d'évolution lente nous devons en ajouter un autre : l'ancienneté de la dysenterie, si c'est elle qui a produit l'abcès.

« La stérilité du pus, dit Ricard, va avec une dysenterie ancienne, une localisation hépatique tardive, une évolution lente.

» Il faut donc probablement voir dans ce pus vieilli, stérilisé par l'âge, un phénomène d'ordre général, rentrant dans l'histoire naturelle de la suppuration, assimilable par exemple à la stérilité également constatée du pus des vieux abcès ovariens ou à ces empyèmes dégénérés qu'on a décrit sous le nom d'émpyèmes graisseux. »

En somme nous pouvons dire avec Josserand que « les abcès tardifs du foie sont une suppuration atténuée, soit que cette atténuation conditionne les autres caractères (évolution lente, torpide, ouverture spontanée), soit plutôt qu'elle en soit la conséquence. »

Voyons maintenant quel est l'aspect que présente généralement le pus hépatique : assez épais, blanc jaunâtre, il offre les principaux caractères du pus louable. Assez souvent il prend une couleur brun chocolat, qu'il doit à la présence d'une certaine quantité de sang et de bile et aux détritus de la glande qu'il renferme.

Kelsch et Kiener ont trouvé dans ce pus des colonies de micrococci, principalement dans les cas où les abcès étaient consécutifs à des ulcérations dysentériques ou typhiques de l'intestin.

Lorsque la collection est rapprochée du péritoine, le pus prend une odeur fétide, analogue à celle des abcès stercoraux.

La quantité du pus qui s'écoule des abcès dépend naturellement de leur volume et de leur nombre : on en a vu qui contenaient plusieurs litres (12 litres, 4 à 5 litres, 2 litres). Ils sont le plus souvent uniques, puisque, d'après Rendu, sur 248 cas vérifiés à l'autopsie, 173 fois on trouve un seul abcès, 43 fois deux, 11 fois trois, et 21 fois un plus grand nombre.

Leur siège est ordinairement le lobe droit ; dans un quart des cas environs, on les rencontre dans le lobe gauche ; ils occupent avec une fréquence variable la face antérieure de l'organe, sa face postérieure ou sa face convexe.

Lorsqu'ils sont petits, ils restent le plus souvent profondément cachés dans la glande ; ce sont les gros abcès qui font surtout saillie à la surface.

Les parois de l'abcès sont généralement anfractueuses et portent des débris de tissus glandulaire mortifiés, flottant

dans la cavité. Peu à peu il se produit, autour de la collection, un travail de fonte pathologique des lobules hépathiques, jusqu'à ce que l'abcès ait gagné la capsule de Glisson.

Quand il existe plusieurs abcès, ils sont épars sans ordre dans l'organe ; cependant, les plus gros paraissent plus rapprochés des troncs principaux des vaisseaux portes.

Les abcès consécutifs à la thrombose de la veine porte débutent dans les espaces interlobulaires, augmentent en comprimant et détruisant les lobules, et donnent aux parois de la cavité une forme déchiquetée. L'abcès embolique commence par une hyperémie circonscrite à la région du foie dans laquelle se distribue le vaisseau oblitéré, artère hépatique ou veine porte ; tout le tissu hépatique se mortifie, et les phénomènes inflammatoires consécutifs sont l'effet de la prolifération des microorganismes contenus dans l'embolus, et de la réaction éliminatrice secondaire.

Les abcès nés d'une angiocholite ont leur origine autour des canaux biliaires, mais l'artère hépatique et les veines portes périlobulaires restent indemnes.

Le travail inflammatoire se localise dans un espace porte, mais les canaux biliaires voisins sont augmentés de volume et bourgeonnent. Le pus de ces abcès est coloré par la bile, épais, contenu dans une cavité recouverte d'une membrane pyogénique d'un blanc laiteux, creusée de petites aréoles communiquant entre elles (Rindfleisch).

Lorsque l'abcès du foie acquiert un volume considérable, il atteint la capsule de Glisson ; une inflammation adhésive s'établissant entre cette capsule et le péritoine, crée des adhérences à travers lesquelles le pus peut trouver issue, soit vers la paroi, soit dans la cavité pleurale ou l'abdomen.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE
SYMPTOMATOLOGIE SPÉCIALE

A. — Symptomatologie générale

Pour pouvoir apprécier les symptômes des abcès à évolution latente, nous croyons devoir d'abord donner la symptomatologie classique. Nous verrons ensuite, après avoir cité les observations qui servent de base à notre thèse, si nous retrouvons tous les symptômes suffisants pour permettre de poser un diagnostic précoce.

L'hépatite suppurée est ordinairement précédée d'une première phase, ou phase congestive, qui peut d'ailleurs manquer. Un point douloureux dans la région du foie, une fièvre modérée, de l'anorexie, de l'état saburral des premières voies digestives, en sont les principaux symptômes. Dès cette période, le foie est augmenté de volume et douloureux à la pression ; au bout de quelques jours, la douleur, la fièvre et la tuméfaction diminuent ; l'hépatite aiguë s'est terminée par la résolution.

Ces poussées congestives se répètent un certain nombre de fois jusqu'au moment où apparaît la suppuration. Elle s'annonce par des frissons, des nausées, des vomissements, une douleur vive à l'hypochondre droit ou à l'épigastre avec irra-

diation dans l'épaule droite, le cou et le membre supérieur droit.

Cette douleur peut siéger dans la région du foie, à l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Son siège est assez en rapport avec celui de la collection purulente: « faible, vague, sans siège précis, elle relève plutôt d'un abcès central; violente et irradiée à la partie supérieure de l'abdomen, elle implique d'ordinaire un foyer superficiel en contact avec le péritoine.» (Klsch et Kiener).

A l'épigastre, elle indique un abcès du lobe gauche, sur le rebord costal, un abcès de la face concave du foie ; dans un espace intercostal un abcès de la face convexe; dans les lombes un abcès du bord postérieur. Parfois très violente et généralisée à tout l'abdomen, elle se borne d'autres fois à une simple sensation de tension ; elle est plutôt intermittente que continue.

Les irradiations s'opèrent vers l'épaule droite, plus rarement vers la moitié droite du cou, la clavicule et le membre supérieur ; elles sont dues aux ramifications sous-diaphragmatiques du nerf phrénique droit, né du plexus cervical, qui fournit les fibres sensitives à la région de l'épaule et du cou.

L'augmentation de volume du foie se traduit par une grande étendue de la matité, par une voussure de l'hypochondre droit, un élargissement des espaces intercostaux correspondants, un développement exagéré du réseau sous-cutané et quelquefois un œdème léger et superficiel au niveau du foie. Enfin, la palpation fait sentir le foie débordant les fausses côtes. Il est douloureux et sensible à la pression et même à la percussion. Cette tuméfaction douloureuse modifie les mouvements respiratoires, du côté droit le diaphragme s'immobilise et la respiration est purement costale. Le malade est couché sur le dos ou sur le côté droit.

La fièvre s'annonce par des frissons suivis de chaleur;

une fois installée, elle est ordinairement rémittente, à exacerbations vespérales, ayant les caractères de la fièvre hectique. Elle constitue parfois le seul symptôme d'un abcès du foie.

Les troubles digestifs consistent en anorexie, nausées, vomissements bilieux et constipation ; ils n'ont rien de caractéristique.

L'ictère ne s'observe que dans un sixième des cas ; il est rarement très prononcé, le plus souvent il n'y a qu'une teinte subictérique des conjonctives et des téguments.

L'état général est rapidement atteint, et l'on observe de l'amaigrissement et une cachexie progressive.

Dans la forme aiguë, ces symptômes, très rapidement apparus, font place au bout de quelques jours à une détente passagère qui ne dure que quelques heures.

Bientôt, les grands accès fébriles, les sueurs, la prostration,ne laissent aucun doute sur l'existence de la suppuration.

Le diagnostic s'impose. Un traitement énergique, immédiat peut enrayer la gravité des symptômes et amener la guérison.

Il n'en est pas de même dans les abcès qui font l'objet de notre thèse, et, comme nous allons le voir, les symptômes capables d'attirer l'attention du clinicien sont si rares ou si atténués, qu'ils défient généralement l'examen le plus minutieux.

B. — Symptomatologie spéciale aux abcès latents et apyrétiques.

« Les abcès du foie, dit Josserand, sont souvent méconnus ; c'est que tout,dans leur allure,conspire à égarer le diagnostic. Leur apparition à une date éloignée n'est pas, en effet, leur

unique signe distinctif. Ce n'est pas seulement par leur invasion en temps de paix qu'ils sont insidieux, c'est aussi par leur marche sournoise ; on n'y pense pas à cause de l'ancienneté de la dysenterie, et on ne les voit pas à cause de l'atténuation de leurs symptômes. » Voici les traits principaux de cette physionomie clinique que la lecture des observations nous permet de mettre en relief.

1° L'évolution de l'abcès est lente, nous ne sommes plus là en présence de ces suppurations hépatiques, franches, aiguës, rapides des pays chauds, qui évoluent en quelques semaines, quelquefois même en quelques jours ; pendant des mois, des années, le malade offre le tableau d'une cachexie prolongée, devant laquelle le diagnostic reste en suspens. Et ce tableau peut varier beaucoup relativement aux signes locaux d'une part, aux symptômes généraux de l'autre.

Ici, par exemple, aucun indice local ne met le médecin en éveil ; le malade n'a jamais souffert de son foie, et, si on sollicite de lui la description de ses sensations pathologiques, il se borne à signaler la faiblesse, l'amaigrissement, l'anorexie. Ou bien, si quelque douleur a éveillé son attention au niveau de l'hypochondre droit, il nous suffira de quelques frottements pleuraux et de quelques râles bronchiques à la base du poumon droit, pour nous faire tout interpréter dans le sens pulmonaire. Dans d'autres cas, le malade nous apprend qu'il *sent* son foie, le médecin le sent aussi, débordant les fausses côtes ; il constate aussi souvent une légère douleur hépatique, un peu de voussûre, un peu d'élargissement des espaces intercostaux. D'autres fois, nous avons affaire à un état de cachexie apyrétique, traversé d'accès fébriles tout à fait intermittents, qui font penser à des accidents paludéens contre lesquels on prodigue vainement la quinine.

Dans d'autres cas, les malades se présentent à nous dans un état alarmant, qui ne date que de peu de temps, quelques

semaines ou quelques jours; mais, depuis longtemps déjà, ils vont mal, ont perdu l'appétit et les forces, ils maigrissent; c'est que leur abcès était déjà en voie de formation.

La fièvre est nulle, ou si légère qu'elle passe inaperçue.

Il n'est pas rare toutefois, si on prend soigneusement la température rectale du malade, de remarquer de petits mouvements fébriles, intermittents.

Ceci n'est point pour nous étonner. On sait qu'il est dans les allures fréquentes du pus hépatique de s'accompagner d'une apyrésie parfois absolue.

Signalons enfin, au point de vue général, la pâleur ictérique spéciale aux troubles hépatiques, et la fréquence des troubles digestifs progressifs, eux aussi, sous la dépendance des lésions du foie. Il arrive en effet fréquemment que des sujets jeunes encore souffrent de l'estomac, ont de l'anorexie ou du dégoût pour les aliments, de la dyspepsie, parfois même des vomissements. Ces signes, qui peuvent aller avec une toux légère et l'amaigrissement progressif, ont quelquefois fait penser à une tuberculose d'un organe profond.

Tels sont les symptômes propres aux abcès du foie qui évoluent si lentement, si sournoisement, que le malade, malgré certains malaises, souvent ne se croit pas obligé d'appeler un médecin. Il est des cas même où ces symptômes atténués font défaut. Nos six dernières observations en sont des exemples frappants.

En effet, dans ces cas, les abcès du foie ont été des découvertes d'autopsie ou bien des découvertes cliniques, l'abcès se manifestant seulement au moment d'une de ses complications.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Diagnostiquer une affection dont les symptômes passent le plus souvent inaperçus est à *priori* chose essentiellement difficile. Nous sommes, en effet, en présence d'un sujet qui ne présente absolument aucun des phénomènes locaux de la région hépatique, mais dont l'état général s'aggrave de jour en jour ; amaigrissement et cachexie de plus en plus profonde. Le diagnostic est hésitant lorsque, subitement, une complication arrive, et l'évacuation du pus se fait par les bronches sous forme de vomique, ou bien par l'intestin ou quelque organe avoisinant. Dans d'autres cas, le malade meurt subitement, et on découvre à l'autopsie l'abcès, cause de tout mal...

Suivant les termes mêmes de M. le professeur Forgue, dans sa thérapeutique chirurgicale : « La liste est déjà longue des abcès du foie découverts à l'autopsie, et nos expéditions coloniales en ont multiplié les observations. »

Dans tous ces cas, le diagnostic a été impossible. Toutefois, il y a certains points sur lesquels nous attirerons l'attention. Chez ces malades, dont l'état général est en souffrance, l'interrogatoire nous apprendra souvent qu'ils ont habité des pays chauds, et qu'ils ont eu, il y a quelque temps, la dysenterie. Ce renseignement devra aussitôt tourner notre pensée vers un abcès du foie.

Le devoir du clinicien sera alors de faire un interrogatoire

minutieux du malade au sujet de ses antécédents hépatiques, mais surtout de faire l'examen de la région du foie. La recherche de l'œdème, de la dilatation des veines sous-cutanées, d'une légère pesanteur hépatique, seront faites; la position du malade sera notée ; l'écartement des côtes, la situation du foie. Au besoin, l'épreuve par le sucre, la production de la glycosurie alimentaire, nous renseigneront sur l'état de la cellule hépatique.

Enfin, l'examen attentif des autres organes, les analyses d'urine, surtout au point de vue de l'urée, seront faites très méthodiquement.

Si l'un de ces signes hépatiques locaux paraissait exister, nous ne devrions pas conclure immédiatement à l'existence d'un abcès du foie.

En effet, les kystes hydatiques peuvent avoir une symptomatologie muette, et amener une cachexie hydatique.

Mais dans ces cas nous rechercherons, outre les signes habituels, les petits signes signalés par Dieulafoy, savoir : le dégoût pour les matières grasses, la douleur à l'épaule droite, la présence d'une pleurésie droite, enfin la présence de l'urticaire et le frémissement hydatique.

Le cancer primitif du foie pourrait faire dévier le diagnostic. Il surviendrait seulement chez des sujets âgés, chez lesquels ce diagnostic pourrait être porté.

Enfin, nous éliminerons facilement la lithiase biliaire par un interrogatoire minutieux : colique hépatique ancienne, examen des calculs dans les selles du malade.

Tuberculose hépatique et syphilis du foie seront facilement écartées; d'ailleurs, ces deux affections sont d'une grande rareté.

La congestion passive du foie s'accompagne d'une augmentation de volume de l'organe, mais elle va avec une lésion cardiaque en rupture de compensation.

Il reste, enfin, une pleurésie droite avec ou sans épanchement abondant fibrineux ou purulent. La percussion de la base droite, la recherche des vibrations, la recherche des frottements pleuraux à l'auscultation nous permettra d'éliminer cette hypothèse.

Mais il pourra se faire qu'on pense à une lésion hépatique dont il est impossible de déterminer la nature; alors, le chirurgien, sous le couvert d'une antisepsie bactériologique, s'armera de son trocart et fera une ponction dont le siège pourra être variable; le plus souvent en pleine convexité droite du foie, suivant en cela le conseil de M. Mabboux : « Dans la plupart des cas, le médecin peut trouver dans les antécédents et dans le tableau symptomatique, des indications suffisantes pour armer sa main, bien avant que la paroi abdominale révèle, par de l'empâtement et de la voussûre, l'existence de l'abcès. »

Cette ponction amènera la sortie du liquide séreux avec échinocoque si nous avons affaire à un kyste hydatique, clair et citrin si c'est un épanchement pleurétique, enfin franchement purulent si nous avons affaire à une pleurésie purulente, à un kyste hydatique suppuré ou à un abcès primitif du foie. Si le diagnostic est impossible entre ces trois affections, il importe peu et l'indication est toujours la même, c'est-à-dire une intervention opératoire large donnant librement accès au pus. Dans d'autres cas, la ponction étant restée sans résultat, le chirurgien doit la répéter en plusieurs points du tissu hépatique, et se tenir prêt à une incision exploratrice, si ses craintes persistaient de l'existence d'un foyer purulent dans le foie.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Le pronostic de cette affection est nécessairement très grave, et d'autant plus grave que l'abcès est plus ignoré ; on sait cependant, aujourd'hui, qu'avec les progrès de la chirurgie hépatique, le pronostic de l'hépatite suppurée a diminué de gravité ; mais en est-il de même dans le cas de ces abcès à évolution latente et apyrétique ? Rien ne faitprévoir une issue fatale, et soudainement le malade est frappé mortellement, et cela si rapidement, que l'on n'a même pas le temps, quelquefois, d'intervenir.

Aussi dirons-nous que le pronostic dépend surtout du diagnostic précoce, et l'abcès décelé dès le début de sa formation, surveillé de près, sera d'autant moins à redouter, qu'on aura pris toutes ses mesures pour enrayer sa marche ou pour lui ouvrir une voie évacuatrice.

Les collections purulentes qui pointent vers la paroi thoraco-abdominale exposent à moins de dangers et procurent plus de guérisons que les abcès qui tendent vers les organes du thorax ou de l'abdomen, parce qu'elles sont plus accessibles au traitement chirurgical, et peuvent s'ouvrir spontanément à l'extérieur.

L'issue du pus par les voies biliaires, l'estomac, le duodé-

num ou le côlon, est une éventualité relativement heureuse, mais rare.

L'ouverture par les bronches, quoique très critique, est assez fréquemment suivie de guérison. Elle vaut infiniment mieux que la rupture dans la plèvre, presque toujours mortelle par épuisement ou septicémie.

La terminaison fatale est inéluctable quand l'abcès s'ouvre dans le péricarde, surtout dans la grande cavité péritonéale.

Colin Olmeta ajoute : « Dans la veine-cave inférieure. »

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement est dominé par les trois indications suivantes :

1° Essayer de prévenir l'augmentation de la quantité du pus s'il en est temps encore.

2° Évacuer largement le pus.

3° Soutenir les forces du malade.

La première indication sera remplie, en faisant d'abord des émissions sanguines locales, par le moyen d'une douzaine de sangsues; ensuite en ordonnant des purgatifs pour décongestionner le foie et favoriser l'écoulement de la bile: on prescrira le repos au lit et une hygiène alimentaire sévère. — La deuxième indication est la plus importante et constitue le traitement proprement dit.

En effet, comme nous l'avons vu, en traitant du diagnostic la ponction exploratrice nous ayant décelé l'existence et le siège du pus caché dans le foie, nous serons autorisés à intervenir de suite, suivant en cela le conseil de Bertrand : « Quand on tient du pus hépatique au bout de son aiguille aspiratrice il ne faut pas le lâcher. »

La méthode opératoire que nous appliquerons sera celle que l'on est convenu d'appeler méthode de Stromeyer-Little, bien que Henderson l'ait pratiquée avant lui. Ce qui caractérise cette méthode, c'est l'incision faite d'un coup, en se servant du trocart comme guide, à travers la paroi, le péri-

toine et le foie, comprenant ainsi toutes les couches jusqu'au foyer purulent, sans souci de l'hémostase ou de la péritoine. Le pus jaillit, et, pour faciliter son évacuation, on introduit dans la plaie le dilatateur gouttière de Tripier. On fait ensuite l'antisepsie de la cavité, avec de la solution phéniquée au dix milième, et on place des drains.

Mais ce procédé, rapide, on doit en convenir, n'est pas sans présenter de graves dangers. On peut d'abord, en sectionnant d'un seul coup de bistouri, intéresser les organes de l'abdomen ou du thorax.

Il expose ensuite à des complications par pénétration du liquide purulent dans la cavité péritonéale. Aussi, comme le conseille M. le professeur Forgue, dans sa *Thérapeutique chirurgicale*, réservons-nous cette méthode « pour les cas pressants, chez des dysentériques à bout de forces, quand la paroi œdématiée et en voussûre fait soupçonner un abcès à faible profondeur. » Et, conseillerons-nous de donner la préférence à la méthode de M. le professeur Forgue (1). Nous ne saurions mieux faire que d'en reproduire fidèlement les points principaux. « Le trocart restant en place et « repérant » le foyer, l'incision sera menée transversalement, couche par couche, dans une longueur de 8 à 10 centimètres; quelques pinces tiendront et tendront les lèvres du péritoine pariétal incisé.

» Arrivé sur le foie, l'opérateur a le choix entre deux partis : commencer par clôturer la séreuse et ouvrir l'abcès ensuite; ou bien inverser ces deux temps. Le premier procédé nous paraît meilleur; la région hépatique, jalonnée par le trocart, étant bien découverte par les écarteurs, et des compresses-éponges aseptiques préservant la cavité péritonéale, on achèvera l'évacuation aspiratrice de la poche purulente; au

(1) Forgue et Reclus, *Thérapeutique chirurgicale*, 1898.

moment où l'on retirera le trocart, une petite pince à cadre de Reverdin oblitèrera l'orifice. La petite collerette de péritoine pariétal, tenue par les pinces, va être suturée au foie par des points à la soie bouillie, passés au moyen de l'aiguille de Reverdin très courbe, ou d'un modèle d'Hagedorn... Les surfaces séreuses étant ainsi opposées, le tissu hépatique est incisé sur une sonde cannelée : deux gros drains, en canon de fusil, sont introduits dans la cavité.

» Cette fixation préalable est d'autant plus utile, qu'après l'incision et la vidange de l'abcès, on est exposé à voir les lèvres de la section hépatique remonter et s'éloigner de la plaie extérieure.

» Si nous avons affaire à des foyers sous-costaux, nous pourrons employer « l'incision transpleurale d'Israël », applicable aux kystes hydatiques supérieurs. Après avoir réséqué une certaine longueur de côte et traversé la paroi thoracique, on arrive sur la voûte du diaphragme, surface lisse, blanchâtre, verticale, qui passe et repasse, nous dit Fontan, sans s'écarter de la paroi ouverte, à chaque mouvement respiratoire. Les deux lèvres de l'incision pleurale sont fixées à deux lignes parallèles de la plèvre diaphragmatique, par un surjet de catgut comme le fait Fontan, ou par des points en U comme nous l'avons pratiqué (Forgue). « Le diaphragme est alors incisé sur une longueur de 5 à 6 centimètres entre les deux lignes de suture ; le foie est ponctionné et débridé. »

Enfin, si nous avons affaire à un abcès qui pointe au-dessous des côtes, nous l'aborderons en sectionnant couche par couche, la paroi sur le bord du thorax, et nous inciserons en ayant auparavant garni la plaie d'une épaisse compresse bordante, empêchant l'irruption du pus dans le péritoine.

« L'abcès une fois vidé, on peut faire la suture séro-séreuse, par une couronne de points en U, le long de la lèvre

inférieure de la plaie » ; cette mesure est de rigueur si l'épiploon ou l'intestin ont de la tendance à se hernier.

Des irrigations antiseptiques maintiendront la désinfection continue de la poche hépatique incisée : c'étaient les infections secondaires qui autrefois enlevaient les opérés. Les drains seront surveillés et raccourcis à mesure que se fera la granulation progressive du fond de l'abcès (Forgue).

Enfin, une fois que le pus est évacué, il faut remplir la troisième indication, c'est-à-dire soutenir les forces du malade jusqu'à guérison complète, par une hygiène, une thérapeutique et une alimentation appropriées.

OBSERVATIONS

Observation I

(Prise dans le service de M. le professeur Grasset.— Due à l'obligeance de M. le Dr Calmettes).

Noël Alb., âgé de trente-neuf ans, forgeron de son état, entre à l'hôpital le 21 mai 1900. Ses antécédents héréditaires sont peu importants. Son père est mort à soixante-dix ans, sa mère est morte à quarante-cinq ans, bacillaire.

Les antécédents personnels du malade sont spécialement intéressants.

Il est très manifestement alcoolique. En 1882, pendant son séjour en Cochinchine, comme soldat, Alb. contracta la diarrhée de Cochinchine, diarrhée simple, sans apparition de sang dans les selles.

Le malade rentre en France en 1884.

A son arrivée, il est repris pendant quelques semaines de diarrhée de Cochinchine. Puis ces accidents se calment, mais jusqu'en 1890 il doit subir encore de nouvelles poussées de diarrhée des pays chauds.

A partir de cette époque jusqu'au 11 mai 1900, date de la maladie actuelle, le malade n'accuse plus aucun symptôme gastro-intestinal, si léger soit-il, aucun trouble dans les difrentes fonctions des autres organes.

C'est là un fait important que nous tenons à signale en

passant : le malade, pendant une période de dix ans, précédant les accidents actuels, jouit d'une santé apparente absolument parfaite.

Le 11 mai, brusquement, brutalement, sans cause appréciable, sans prodrome aucun, Alb... est pris d'une vive douleur localisée d'abord à l'hypochondre droit, s'irradiant les jours suivants à l'épigastre et au sternum.

Il se plaint en même temps de céphalée, de courbature, de légers frissons.

Le malade voit un médecin en ville, on ordonne une purgation qui laisse après elle un peu de diarrhée.

Le 21 mai, Alb.., entre à l'hôpital. Température du soir 38°9.

Le 22., la peau et les conjonctives sont de teinte légèrement subictérique, les traits un peu tirés. Toux légère. Quelques crachats spumeux jaunâtres.

Le malade se plaint surtout de douleurs à l'hypochondre droit et à l'épigastre. Cette douleur est vive, spontanée, augmente avec les mouvements respiratoires profonds, la toux, la palpitation.

A l'examen, on constate, au creux épigastrique, une tumeur de la grosseur du poing, arrondie, bombant dans la paroi abdominale, s'étendant de l'appendice xiphoïde à trois ou quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

La peau, à son niveau, n'est pas modifiée et conserve ses caractères normaux de coloration, de température, de mobilité.

La palpation est douloureuse, elle révèle une fluctuation nette.

La percussion donne une matité s'étendant jusqu'aux limites de la tumeur ; cette matité se continue et se confond à droite avec la matité hépatique.

L'auscultation ne révèle aucun frottement au niveau de la tumeur.

La région de l'hypochondre droit est douloureuse, mais on ne constate pas d'augmentation du lobe droit du foie ; il remonte en haut jusqu'à un travers de doigt au-dessus du mamelon : en bas, il ne dépasse pas les fausses côtes.

Le ventre est souple, il n'est ni ballonné, ni douloureux.

Au thorax, on trouve à l'auscultation des frottements pleurant à la base droite, et des râles humides disséminés dans toute la poitrine.

Rien au cœur. — Pouls, 92.

Les selles sont jaunâtres, normales.

On pose le diagnostic d'abcès du lobe gauche du foie. Cependant, des réserves sont faites, et l'on pense à la possibilité d'un kyste hydatique suppuré, d'une cholécystite, d'un néoplasme en voie de ramollissement, d'un abcès froid.

M. le professeur Grasset conclut à une intervention chirurgicale, et le malade passe en chirurgie, dans le service de M. le professeur Forgue, le samedi 26 mai.

Du 22 au 26 mai, l'état général du malade ne se modifie pas, mais la tumeur bombe davantage sous la paroi abdominale, la fluctuation devient plus nette à son niveau.

La température, qui était restée élevée les premiers jours, baisse bientôt, et le malade est presque apyrétique.

Analyse des urines

Le 23 mai :

Quantité	1.100
Densité	1.007
Réaction	acide
Urée, par litre	6,86
Albumine, par litre	5

Glucose.	néant
Pigments biliaires	néant

26 mai :

Quantité	800
Densité.	10
Réaction	acide
Urée, par litre	14,6
Albumine.	néant
Glucose.	néant
Pigments biliaires	néant

Comme on le voit par ces deux analyses, la présence de l'albumine dans les urines du 23 mai va décroissant, pour disparaître complètement le 26 mai. A aucun moment il n'y a eu de pigments biliaires dans les urines.

L'épreuve de la glycosurie expérimentale a été tentée chez notre malade, mais sans résultat, le sirop de sucre ayant été vomi dans un accès de toux, immédiatement après son ingestion. Elle n'a pu être refaite, le malade passant en chirurgie le 26 mai.

A cette date, Alb... se sent bien. Il refuse, malgré les instances de l'infirmier, de se mettre sur la chaise à porteur pour aller dans le service de M. le professeur Forgue, il s'y rend à pied.

C'est là un détail qui, comme nous le verrons, a son importance.

M. le professeur Forgue conclut à l'intervention immédiate; mais le malade se sent faible; il demande à ce qu'on ajourne l'opération. On la renvoie au lundi 28.

Dans la journée du dimanche 27, Alb... sent ses forces l'abandonner, le pouls devient d'une faiblesse extrême, la face pâlit, se grippe, et le malade succombe, s'éteint en hypo-

thermie, malgré tous les efforts tentés pour le rappeler à la vie.

A l'autopsie, on constate un vaste abcès du lobe gauche du foie très superficiel, bombant sous la paroi abdominale.

Autour de la poche de l'abcès, existent quelques adhérences péritonéales récentes.

L'abcès est du volume du poing, à parois anfractueuses, et contient un pus crémeux jaunâtre.

Il existe au niveau du côlon transverse, une large communication entre la poche de l'abcès et la cavité péritonéale; l'arrière-cavité des épiploons est remplie de pus.

Adhérences pleurales à droite.

Vésicule biliaire saine.

Reins volumineux, gros reins blancs.

Cœur gros.

Intestin. — Lésions de congestion chronique avec arborisation, légère hypertrophie des follicules clos. Pas de grosses lésions ulcératives; mais quelques petites ulcérations disséminées.

Appendice. — Un peu gros, adhérent avec calcul stercoral.

M. le professeur agrégé Bosc a recueilli du pus de l'abcès pour en faire l'examen bactériologique. Cet examen est resté négatif.

Notre but aujourd'hui, en publiant cette observation, est d'en montrer simplement l'intérêt clinique.

Comme l'a dit Rouis, les abcès du foie sont quatre-vingt-dix fois sur cent consécutifs à la dysenterie. Mais quels sont les rapports de l'abcès du foie avec l'infection dysentérique.

Dans un premier groupe de cas, de beaucoup les moins nombreux, dysenterie et abcès du foie paraissent n'avoir aucun

rapport, chacune de ces affections évoluant pour son propre compte. Cette indépendance, d'après Murchison, ne serait qu'apparente.

Dans une deuxième série de faits, dysenterie des pays chauds et abcès du foie ou hépatite, premier terme de l'abcès, évoluent en même temps, les phénomènes de la dysenterie marquant souvent les phénomènes hépatiques.

Enfin, en troisième lieu, on voit la dysenterie précéder l'abcès du foie.

Le cas qui nous occupe appartient-il à cette dernière catégorie de faits?

Sans doute, Alb... avait été atteint autrefois de diarrhée de Cochinchine, mais cette infection est ancienne, elle date de 1882, et, depuis 1890, notre malade ne présente aucun symptôme pouvant rappeler cette affection.

Il nous paraît difficile de reconnaître, comme cause de l'abcès du foie actuel, une diarrhée des pays chauds absolument guérie, depuis plus de dix ans. Pourtant, c'est le seul facteur que nous puissions incriminer.

L'abcès hépatique pourrait donc ne se montrer que très longtemps après la dernière atteinte de diarrhée de Cochinchine.

Le début et l'évolution de cet abcès du foie ne sont pas également sans intérêt. Nous le voyons, en effet, se développer sans phénomène prodromique aucun.

Nous ne retrouvons pas chez notre malade cette fièvre irrégulière intermittente, à poussées inégales, qui caractérise parfois le début de l'abcès.

Nous n'observons chez lui aucun trouble gastro-intestinal, pas de vomissement, ni de diarrhée. Le foie ne traduit son atteinte absolument par aucun symptôme, et la douleur de l'épaule droite, si caractéristique des abcès de la face convexe, d'après Annesley, n'existe pas. C'est sourdement, insidieuse-

ment, à l'état latent, qu'il se développe jusqu'à sa dernière période, ne se manifestant que le 11 mai 1900, quinze jours avant son ouverture péritonéale.

Cette terminaison fatale de l'abcès a été favorisée probablement par la marche du malade, qui, repoussant la chaise à porteurs, s'est rendu à pied du service de médecine dans le service de chirurgie.

Cette ouverture de l'abcès hépatique dans la cavité péritonéale n'est pas pour nous étonner ; mais elle nous montre une fois de plus que, le diagnostic d'abcès du foie posé, l'intervention chirurgicale ne saurait être différée, sans faire courir les plus grands risques au malade.

Observation II

(INÉDITE)

Prise dans le service de M. le professeur TÉDENAT. — Due à l'obligeance de M. le Dr SOUBEYRAN.)

S... (Léonie), trente-cinq ans.

Entre dans le service de M. Tédenat le 29 décembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-treize ans; mère vivante, en bonne santé; six enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, aucune maladie antérieure, accouchements normaux ; la malade n'a jamais eu ni dysenterie, ni fièvre. Il y a trois mois, à la suite d'une vive frayeur, la malade prétend avoir été prise subitement d'une dysenterie intense. Les selles, accompagnées de sang et de glaires, étaient douloureuses et au nombre de deux ou trois par heure. Cette dysenterie, mal soignée, a duré deux mois et demi ; la malade, maigrissant beaucoup, se

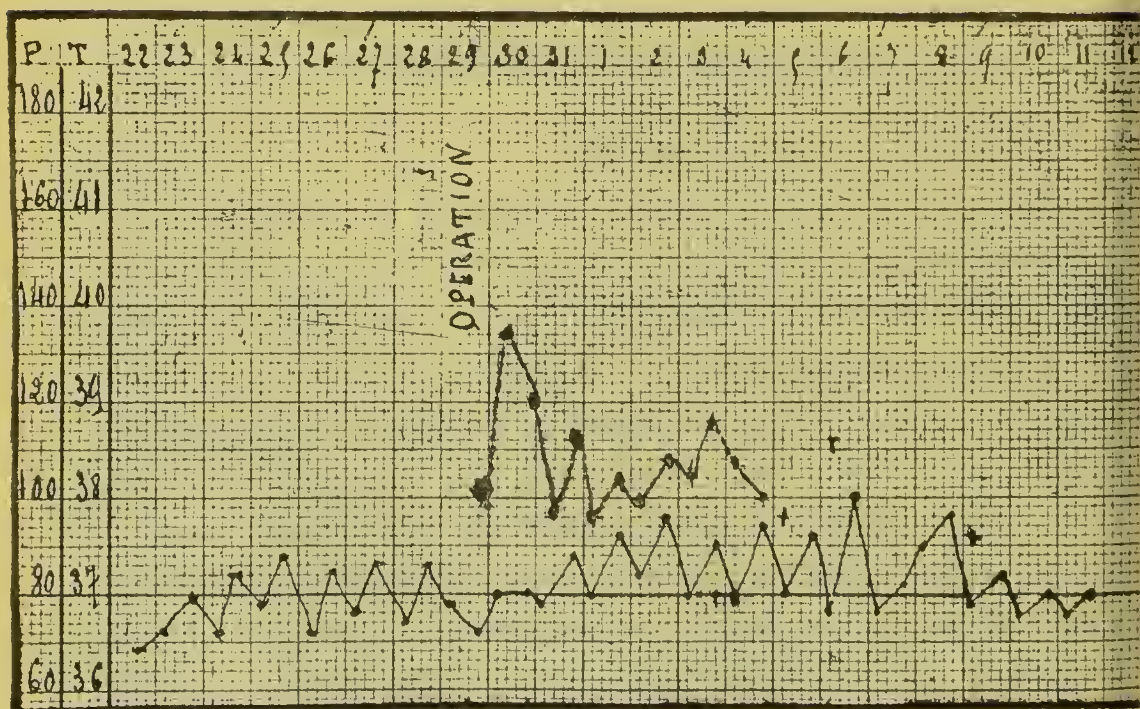
décide à rentrer à l'hospice de Clermont, où elle reste une quinzaine de jours, puis rentre dans le service.

De plus, le 3 décembre, jour de son entrée à l'hospice de Clermont, la malade ressentit au niveau de l'hypochondre droit une douleur lancinante, très vive. En même temps, cette région devint le siège d'une tuméfaction douloureuse à la pression. Puis, la douleur spontanée cessa et ne reparut qu'à la palpation.

Enfin, la malade non réglée depuis deux ans, parce qu'elle nourrissait son dernier enfant, présente, en ce moment, un état gravidique remontant à six mois; le fœtus remue, en effet, depuis deux mois.

A l'examen on constate :

Etat général affaibli, amaigrissement considérable, la dysenterie a diminué (quatre ou cinq selles par jour), l'appétit est conservé. Au cœur on note une insuffisance mitrale.



Grossesse de cinq ou six mois (utérus à l'ombilic), au niveau de l'hypochondre droit: tumeur peu fluctuante et difficilement perceptible, peau normale, palpation peu douloureuse. Matité très augmentée, descendant jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus de l'épine-iliaque antéro-supérieure, — température, 37° à 37°4, — on décide d'opérer immédiatement, après avoir posé le diagnostic d'abcès du foie.

Incision verticale de huit centimètres sur le bord externe du muscle droit. — Section des plans; hémorragie assez forte. Incision du péritoine.

Le foie est lisse, sans adhérences, et on se demande s'il existe réellement un abcès.

Mais en le saisissant à pleine main on voit qu'il est arrondi.

Protection des masses intestinales par des compresses et ponction avec un gros trocart.

Il s'écoule un pus épais, jaunâtre, bien lié, sans odeur, en qnantité d'un litre et demi environ.

On retire le trocart et on introduit dans le trajet à cinq ou six centimètres, le dilatateur de Tripier et entre les branches on place un drain.

Le foie et le péritoine-pariétal sont adossés par un surjet rapide au catgut; pansement iodoformé. Le drain sort du pansement et est protégé par du coton hydrophile. — Le pus, confié à M. le professeur Bosc, n'a rien donné à la culture.

Le lendemain de l'opération, pas de température, 37° le 31, pouls à 132, — premier pansement; pas d'écoulement, drain doublé dans le foie; on le retire et on le remplace; lavage léger au sublimé.

1er janvier. — T. 37°,6, le soir; 4 janvier, deuxième pansement; 10 janvier, peu de suppuration; la plaie se cicatrise.

Le 14, peu de suppuration; on enlève le drain. Au moment où nous publions l'observation, la malade est complètement guérie.

Observation III

(INÉDITE)

(Prise dans le service de chirurgie du docteur REBOUL, Hôtel-Dieu de Nimes, due à l'obligeance de M. FLORENCE, interne du service.)

P... (Achille), cultivateur à Nimes, quarante et un ans, entré le 27 mai 1900.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Interrogé soigneusement, le malade nous assure qu'il n'a jamais eu de *fièvre intermittente*, qu'il n'a jamais eu *la dysenterie*, jamais *aucun trouble gastro-intestinal.* Toujours bien portant jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il mange bien, dort bien et n'a jamais interrompu son travail.

La maladie actuelle a débuté par une grosseur située sur la partie antéro-latérale droite du thorax à 4 ou 5 centimètres du sternum, au niveau des cinquième et sixième côtes et de leurs espaces intercostaux.

Cette tumeur arrondie très nettement, fort peu proéminente, à peau absolument normale à son niveau, est dure, résistante, se laissant difficilement déprimer, lisse et unie, n'est nullement douloureuse à la pression, pas plus que spontanément.

Pas de fluctuation.

Le malade ne peut déterminer qu'approximativement le début de cette tumeur. Il l'a remarquée, il y a trois mois, alors qu'elle avait à peu près le même volume qu'au moment de son entrée.

Etat général très bon.

Auscultation des poumons, ne donnent rien de particulier.

La température prise régulièrement matin et soir à l'hôpital n'a jamais dépassé 37°6.

On se demande si on a affaire à un abcès d'origine costale ou à un abcès du foie, évoluant vers la peau. Mais on finit par éliminer ce dernier diagnostic par suite du manque complet des causes déterminantes habituelles et d'antécédents ; à cause aussi *du bon état général et du bon état de l'appareil digestif.*

Opération le 31 mai. — Anesthésie chloroformique. Incision de trois à quatre centimètres au niveau du sixième espace intercostal et parallèlement à lui. La peau, à peine incisée donne passage à une quantité considérable de pus coloré par la bile et tenant en suspens des fragments très petits du tissu hépathique. On agrandit la plaie par une incision perpendiculaire à la première et le doigt, introduit dans la plaie, va profondément trouver une cavité située en plein lobe du foie et rempli de pus. On vide complètement l'abcès et on introduit jusqu'au fond quatre gros drains qu'on fixe à la plaie avec des points de suture. Suture du reste de l'incision, pas le moindre lavage. Collodion, large pansement et bandage de corps.

1er juin. — État général excellent. Le malade veut à toute force manger. Le pus a suinté à travers le pansement. On le refait complètement. Les drains fonctionnent très bien.

3. — Le pus a souillé le pansement, on le refait en entier. *Pas de température, état général excellent.*

5. — Même pansement. Même état.

11. — Nouveau pansement. La suppuration a considérablement diminué, on supprime un drain.

20. — La suppuration est complètement tarie, on enlève tous les drains et on laisse la plaie se refermer.

30. — Le malade quitte l'hôpital.

Son état général est toujours excellent. La plaie n'est pas

complètement fermée. Il reste au centre un léger trajet, qui donne lieu à un suintement léger.

Revu en décembre 1900, par M. Reboul. Guérison complète maintenue.

Le pus, ayant été soumis aux épreuves bactériologiques, est resté absolument stérile. Pas de crochets exacanthes pouvant faire croire à un kyste hydatique suppuré. Pas de poche kystique, mais, au contraire, quelques débris de tissu hépatique dans le liquide purulent. Remarquons en passant, avec quel silence a évolué cet abcès du foie. En effet, le seul symptôme est une tumeur dans l'hypochondre droit, tumeur dure, sans fluctuation, indolore. Nous ne retrouvons ni douleur dans l'épaule droite, ni dans les lombes. L'état général du malade est excellent, à son entrée à l'hôpital il était loin de se figurer être porteur d'un abcès du foie considérable. A noter l'absence complète de fièvre pendant l'évolution de l'abcès.

Observation IV

(RÉSUMÉE)

(BERGER, *Bulletin médical*, juillet 1897)

Abcès du foie développé sous l'influence d'une grippe, six ans après une poussée légère d'hépatite, survenue au cours d'une dysenterie des pays chauds.

F..., âgé de trente ans, entre, le 28 février 1897, à la Pitié, avec les signes d'un abcès profond du foie. Voici ce qu'il raconte sur les origines de cette affection : En 1889 et

1890, il fut envoyé, comme militaire, au Tonkin. Pendant les six premiers mois de son séjour aux colonies, il eut la dysenterie ; à ce moment il fut atteint d'un douleur à la région du foie et considéré comme présentant une hépatite passagère, qui céda d'ailleurs à l'application d'un vésicatoire sur l'hypochondre droit.

La dysenterie continua même après son retour en France. Enfin elle guérit, quoique le malade n'eût rien fait pour se soigner. Les selles diarrhéiques, mélangées de glaires et de filets de sang disparurent, les périodes de constipation alternant avec des débâcles firent place à des garde-robes plus régulières. Cependant, le malade restait habituellement constipé, et le moindre refroidissement était suivi de deux ou trois jours de diarrhée ; celle-ci n'avait pas, d'ailleurs, de caractère spécial, et depuis la congestion hépatique passagère qu'il avait présentée au Tonkin, *le malade n'avait jamais ressenti de douleur dans la région du foie.*

En décembre 1896, il fut pris d'une grippe qui dura six semaines ; dès le début de cette maladie, *il sentit son foie.* Cette douleur était exagérée par la pression et par les efforts. Amaigrissement, pâleur, altération des traits, anxiété, gêne respiratoire paraissant dépendre surtout de la douleur. Anorexie, vomissements alimentaires fréquents. *Pas de fièvre,* la température oscille régulièrement entre 36°7 et 37°2. Il existe une voussure très marquée de la base du thorax à droite, mais le bord inférieur du foie ne déborde les fausses côtes qu'au niveau de la région épigastrique qu'il recouvre sur une hauteur de trois travers de doigt. La tuméfaction manifeste du foie, étant donné les antécédents pathologiques du malade, *malgré l'absence de fièvre,* me firent admettre l'existence d'un abcès au foie.

Le 10 mars, le malade a une vomique.

L'état général n'en est pas amélioré.

Le 2 avril, ouverture de l'abcès par incision transdiaphragmatique. Évacuation d'une grande quantité de pus.

Le malade sort de l'hôpital, le 29 avril, complètement guéri.

Notons dans cette observation les particularités suivantes :

Douleur à la pression du foie et dysenterie en 1889. Jusqu'en 1896, c'est-à-dire pendant sept ans, plus rien, sauf alternance de constipation et de diarrhée légère. Plus de douleur dans la région du foie. Pas de fièvre.

La grippe, en décembre 1896, réveille les symptômes latents. Malgré tout, la fièvre n'apparaît pas.

Il est pourtant probable que l'abcès du foie s'était formé à la suite de la crise d'hépatite, c'est-à-dire en 1889.

Observation V

(Regaud, interne des hôpitaux, *Lyon Médical*, 1898)

Homme de quarante-huit ans, mort dans le service de M. Devic, suppléant M. Mollière.

Entre à l'hôpital avec diagnostic de fièvre typhoïde. État général déprimé, fièvre rémittente avec hyperthermie verpérale, une angine herpétique bien nette et aucun autre phénomène. Il fut baigné pendant vingt-quatre heures. Puis survint un épanchement pleural droit, et on songea à une tuberculose pulmonaire aiguë.

Deux thoracenthèses amenèrent un liquide citrin. L'état s'aggrave promptement sans que l'on pût constater une localisation autre que celle de la plèvre, et le malade mourut.

L'autopsie a révélé un énorme abcès du lobe droit du foie, contenant deux litres de pus environ ; après évacuation du pus, le foie pesait encore 3 kilogrammes.

L'intestin ne portait aucune lésion ancienne ou récente de dysenterie. Rate petite, rein et cœur normaux, les poumons sans tubercules. Le liquide pleural a formé des cultures de staphylocoques, de même dans le pus de l'abcès on a trouvé le staphylocoque doré.

Ce cas est intéressant par l'existence d'un abcès du foie en dehors de toute cause intestinale et le peu de symptômes qu'il a fournis.

Observation VI

(Thèse 1890. — Bichon. — Résumée)

José Godoy, quarante ans, journalier, né à Alméria, est couché au n° 28 du pavillon 3.

Le malade revient de Tlemcen, où il a travaillé à l'établissement de la voie ferrée. Depuis quelque temps dysenterie.

Douleur sourde dans le côté droit.

Tein bistre, mais conservation de l'embonpoint, l'appétit est bon; une très légère scapulalgie.

Le soir, pas de fièvre (37° à 37° 8.)

Rien à l'auscultation. Le thorax est déformé à droite, les côtes sont relevées, presque horizontales. A la percussion, matité étendue.

La tumeur que la percussion nous a révélée n'est pas sensible à la vue, mais la palpation la délimite bien.

La sensibilité est exagérée à ce point, la fluctuation nulle. Je fais l'exploration à la seringue de Pravaz et je retire du pus sans crochets.

Le lendemain, ponction à l'aiguille exploratrice.

Le malade refuse toute autre intervention, cependant la poche menace de se rompre dans le péritoine.

La ponction de 350 gr. de pus a soulagé le malade.

Le 15 mars, la tumeur est encore sensible. Nouvelle ponction qui ramène autant de pus que la première. Deuxième refus du malade pour une opération. On emploie le procédé lent de Récamier.

Le malade, qui ne comprend pas la gravité de son état se lasse, et, le 21 avril, demande son exéat. A succombé quelques semaines après, à des symptômes non douteux de péritonite généralisée.

Observation VII

Mac-Leau (W. Campbell). *On the abuse of mercury in hepatic deseases* (*Indian annals*, vol. III, 1856).

Le docteur Morchead, de l'armée de Madras, avait eu une atteinte très violente de dysenterie, dans le détroit de Malacca. Un an de séjour aux Mylgherries le mit à même de reprendre son service au 37e régiment de grenadiers, alors en garnison à Secunderabad. A cette époque, nous nous rencontrions souvent, et, plus d'une fois, il nous affirma que quelques-uns des ulcères créés par la dysenterie dont il avait été atteint, n'étaient pas cicatrisés, parce qu'il lui arrivait assez souvent d'apercevoir dans ses évacuations des matières purulentes dont la quantité s'élevait parfois à une cuillerée à thé.

Sans qu'il fût vigoureux, sa santé était assez bonne et il était parfaitement capable de s'acquitter de tous ses devoirs. Un vendredi, après-midi, à l'heure des séances de l'École de médecine de Hyderabad, alors qu'il portait un vif intérêt à ce qui s'y faisait, il se plaignit subitement de se trouver mal, et l'on ne l'empêcha de perdre complètement connais-

sance qu'en s'empressant de le coucher sur un plan horizontal. Il ne tarda pas à être inondé d'une sueur froide et ce ne fut qu'au bout d'une heure, après avoir pris des sels volatils, qu'il fut en état d'être conduit à notre domicile. Vers le soir, il se trouva assez fort pour rentrer chez lui. Le lendemain, il reprit son service, tout en se plaignant de ressentir, de temps en temps, des accès de transpiration froide. Le soir, pendant qu'il faisait un rubber au Whist-Club, il fut pris, tout à coup, d'une douleur profondément lancinante du côté droit, et de frissons violents auxquels ne tarda pas de succéder une fièvre ardente, en un mot, de tous les symptômes classiques de l'hépatite.

Il se fit saigner, prit des purgatifs énergiques et fut soumis à un traitement mercuriel ordinaire. Lorsque nous le vîmes, le dimanche suivant, les symptômes les plus aigus de l'inflamation n'existaient plus, mais sa physionomie était égarée et anxieuse ; il était accablé par une toux incessante. Le foie ne faisait aucune saillie au-dessous des fausses côtes et l'hypochondre droit n'était le siège d'aucune matité étendue.

Avant le jour, il avait cependant rendu, par la bouche, plus qu'une pleine tasse à thé de pus coloré en rouge et venant du poumon droit. Comme il était strumeux, et qu'avant de venir dans l'Inde, il avait une grande tendance à devenir phtisique, il ne pouvait résister longtemps à une affection de cette nature. Il mourut trois semaines après le jour où il évacua par la bouche le pus d'un abcès.

L'autopsie révéla l'existence d'un second abcès, aussi volumineux que le premier, dont il n'était séparé que par une très mince cloison. Il serait difficile de trouver un exemple plus frappant de l'intime relation qui existe entre la dysenterie et les abcès du foie.

Il est hors de doute que la matière purulente s'est formée

dans la profondeur de l'organe longtemps avant le développement des symptômes d'acuité.

Jusqu'à l'heure où ils se manifestèrent dans la maison du Club, le docteur Morehead, qui était particulièrement soigneux de sa santé, ne conçut jamais l'idée que son foie pût être malade, bien que, plusieurs semaines avant sa mort, cet organe fût le siège de deux abcès considérables, situés dans la profondeur de son tissu.

Observation VIII

(MANGET. — *Bibliotheca-médico-pratica. — De absessû hépatis in gravidâ, morte repentinâ terminato.*)

Femme parvenue au terme de sa septième grossesse. Aucun indice de travail ne s'étant manifesté, elle ne cessa point de vaquer aux soins du ménage jusqu'à la veille de son décès, jour où elle s'alita, après avoir éprouvé quelques coliques et douleurs lombaires promptement dissipées. Pas de fièvre. Après dîner, convulsions épileptiformes, mort. Un chirurgien ayant aussitôt ouvert l'utérus, on retira un enfant mort et sphacèlé. Les membranes elles-mêmes étaient altérées. Le foie ramolli était le siège d'un énorme abcès.

Observation IX

(MOREHEAD, vol. II, p. 58).

Dame européenne guérie d'une attaque d'hépatite.

Plus tard, grossesse et accouchement à terme. Obligée de suspendre l'allaitement au bout de quelques mois. Mort subite.

A l'autopsie, abcès du foie rompu dans la cavité péritonéale.

Observation X

(Collas (notes manuscrites), observation reproduite par Corre, *Traité des maladies des pays chauds.*)

Mme Z..., mère de famille, née en Normandie, était atteinte d'une fièvre rémittente qui résista pendant deux ou trois mois à tous les traitements. J'avais vingt fois percuté l'hypochondre, car j'étais convaincu que cette fièvre ne pouvait être que symptomatique d'une suppuration du foie, malgré l'absence des signes sensibles de cette suppuration et, vingt fois, j'avais trouvé tout normal dans l'hypochondre droit.

Un jour, je trouve le foie qui déborde ; dans la journée, la matité remonte jusqu'à la cinquième côte, descend du côté de l'abdomen ; l'hypochondre droit devient chaud, tendre et douloureux, et, au bout de quarante-huit heures de souffrances, Mme Z... expire.

Je n'hésite pas à faire remonter à trois ans auparavant la formation d'un abcès latent du foie..

En effet, à cette époque, Mme Z..., étant grosse, fut prise d'accès en apparence rémittents et de tous points semblables à ceux qui précédèrent sa mort. Comme ceux-ci, ils résistèrent à tout traitement pendant longtemps ; l'émaciation était considérable et une fausse couche inévitable, lorsque, je l'avouerai, ne songeant en aucune façon, dans cette circonstance, à un abcès du foie, je fis prendre à la malade un ipéca, à la suite duquel les accès se suspendirent et la grossesse marcha à son terme.

Observation XI

(Publiée par le docteur Josserand, médecin des hôpitaux de Lyon, dans le *Lyon Médical*, 1897.)

P. F..., âgé de trente-six ans, teinturier, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 21 juin 1895.

L'observation prise pendant mon absence conclut au diagnostic : tuberculose pulmonaire.

Le malade était, en effet, assez cachectique et présentait une température irrégulière oscillant entre 38° et 39°. Père mort de tuberculose, plusieurs frères et sœurs ayant succombé à la même affection. Le malade a été toujours enclin aux rhumes, qui laissaient chez lui des bronchites prolongées. Impaludisme dans les antécédents. Le malade maigrit et s'affaiblit depuis deux mois ; il n'a jamais eu d'hémoptysie.

La toux est sèche, l'expectoration n'est pas purulente, mais séreuse, comme pituiteuse. *Il n'y a jamais eu de diarrhée. Il n'a de la fièvre que depuis huit jours* ; en tout cas, son état, qui laissait à désirer depuis quelques mois, s'est aggravé à cette époque et, depuis ce moment, il se plaint d'un point douloureux dans le côté droit. Aux poumons on note, dit l'observation, de la submatité sous la clavicule droite avec une inspiration obscure et des sibilances expiratoires. Pas de râles muqueux. A gauche, submatité au sommet en avant et en arrière, pas de râles muqueux.

Le 2 juillet, je reprends possession de mon service. Le malade m'arrête au passage pour se plaindre d'une douleur au niveau et au-dessous des fausses côtes droites, douleur si vive qu'elle le fait gémir et le prive absolument de sommeil. En auscultant ce soi disant tuberculeux, offrant la maigreur

et l'aspect cachetique d'un sujet porteur de larges excavations pulmonaires, je suis frappé de la banalité des signes stéthoscopiques, quelques sibilances sans souffle, sans râles tant soit peu éclatants, sans signes non seulement d'excavation, mais d'induration pulmonaire. Revenant alors à l'examen de l'hypochondre droit, si douloureux au dire du malade, nous trouvons cette région soulevée, offrant une légère voussure et très sensible à la palpation. Des fausses côtes à l'ombilic, cette légère voussure douloureuse est à la percussion d'une matité absolue, c'est évidemment au foie que nous avons affaire. Le malade souffre également en arrière au niveau des dernières côtes où l'on trouve aussi une zone de submatité sans que l'auscultation y décèle ni râles, ni frottements pleuraux.

Nous trouvant en face d'un malade atteint d'une cachexie fébrile sans localisation pulmonaire avec un foie hypertrophié et douloureux, nous pensons à l'abcès du foie et nous interrogeons au point de vue de la dysenterie : Il nous apprend alors qu'il a eu, *il y a dix ans*, aux colonies, une dysenterie bénigne qui ne dura que huit jours, — quant à la diarrhée, il n'en a pas eu depuis; il n'en était assurément pas atteint à son entrée dans le service, le fait est expressément noté ; la sœur nous rapporte que, sauf depuis quelques jours, il s'est constamment plaint de constipation, et qu'il avait fallu plus d'une fois lui donner des lavements laxatifs.

Le malade était si cachectique qu'on pouvait se demander s'il supporterait l'opération ; nous la conseillâmes pourtant et elle fut pratiquée le lendemain par notre ami, le docteur Vallas. Une laparotomie qui découvre le lobe gauche du foie, qui apparaît un peu bombé. On y pratique successivement cinq ponctions avec un trocart explorateur, aucune ne ramène du pus. Une incision transversale conduit sur le lobe droit qu'on ponctionne sans plus de succès; une de ces ponctions donne lieu a une hémorragie qu'on arrête facilement par la com-

pression. On juge prudent de s'en tenir là, et le malade est reporté dans son lit, sans qu'on ait pu confirmer le diagnostic. Le lendemain, 4 juillet, collapsus, extrémités froides, toujours douleur au niveau de la région hépatique.

Conjonctives subictérique, hoquet.

Décès le 28 juillet.

A l'autopsie, vaste abcès de la face inférieure du foie : la cavité en est très grande, presque à loger les deux poings. La surface interne de l'abcès est tomenteuse, hérissée de franges et creusée de vacuoles. Sur le gros intestin, grosses ulcérations grisâtres, sanieuses, éveillant l'idée de lésions anciennes. Aucune *lésion tuberculeuse.*

Observation XII

(Neil Maclead, in *British medical Journal,* 1894)

Un homme de trente-sept ans était admis à Saint-Georg's Hospital, le 19 mars. Il était très émacié. Son aspect était pâle et maladif et ses pieds très enflés. Il se plaignait d'une douleur à l'hypochondre droit, et, à l'examen de cette région, on trouvait une large tumeur s'étendant de la région hépatique jusqu'à l'ombilic. *Il y avait constipation.* Les urines étaient albumineuses. *Il disait qu'il était malade depuis un an*, qu'il avait perdu progressivement son embonpoint et ses forces, et qu'il souffrait au niveau du foie.

Il n'avait jamais quitté l'Angleterre et n'accusait dans le passé aucun trouble intestinal.

Pendant son séjour à l'hôpital, il fut constipé au point qu'on dut ordonner des laxatifs.

Il était couché, le plus souvent calme, sans se plaindre, et ne s'intéressant guère à rien.

Il s'alimentait volontiers, mais la prostration s'accentuait, et *il mourut sans autre symptôme*, sauf une légère attaque de diarrhée le jour précédent.

A la nécropsie, rien de remarquable, sauf dans la cavité abdominale. A l'ouverture des parois, le foie parut énormément hypertrophié, s'étendant jusque dans la région ombilicale.

En soulevant le bord inférieur, il s'écoula une grande quantité de pus. La paroi inférieure de l'abcès contenait un peu de substance hépatique. La partie supérieure du gros intestin offrait des ulcérations comme on en voit dans la dysenterie.

Observation XIII

Dès 1858, le docteur Charles Delacour, professeur à l'École de médecine de Rennes, signale un cas d'abcès latent du foie, dans la *Gazette des hôpitaux civils et militaires*.

Cet abcès n'a été reconnu qu'à l'autopsie.

Les symptômes, accusés chez la malade en question, étaient ceux d'une infection purulente du post-partum, et la malade, au lieu de succomber à cette affection diagnostiquée, était emportée par une péritonite consécutive à un abcès du foie latent qui s'était ouvert dans le péritoine.

Observation XIV

(Béhier, *Gazette des hôpitaux,* octobre 1869)

Le 15 janvier 1869, entrait à l'Hôtel-Dieu un homme de cinquante-huit ans, très amaigri, à teint jaune, et offrant les

traits nettement exprimés de la cachexie cancéreuse; jamais il n'a eu de vomissement, mais de l'inappétence et des selles diarrhéiques, quelquefois mêlées de sang.

Le creux épigastrique est soulevé par une tumeur globuleuse, superficielle, douloureuse à la pression, donnant à la palpation la sensation mollasse d'une vessie pleine de saindoux. Volume du foie normal, à bord inférieur régulier.

Cet homme avait eu jusque-là une bonne santé, sauf de la lientérie et des selles sanglantes, avec hémorrhoïdes, il y a six mois.

La tumeur a apparu il y a trois mois.

Il n'y a jamais eu de fièvre, mais une cachexie progressive.

On discute l'hypothèse d'un cancer du foie, et l'on s'arrête à celle d'un cancer de l'estomac, quoiqu'il n'y eut pas de vomissement.

L'homme succombe le 13 février 1869, et l'on trouve un abcès du lobe gauche du foie, avec lésions dysentériques du gros intestin.

Observation XV

(Haspel, *Maladies de l'Algérie*, t. I)

« Un homme au teint fleuri, doué de la plus parfaite santé en apparence, chez lequel rien ne trahissait la présence d'une affection du foie..., tombe dans les convulsions de l'agonie, et meurt étouffé par un abcès énorme qui avait fait invasion dans la poitrine. »

Observation XVI

(Rouïs, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*).

Un individu qui n'offrait aucun signe appréciable de maladie prend part à une rixe et y est tué.

L'ouverture du corps décèle l'existence d'un abcès considérable dans le lobe droit du foie.

Observation XVII

(*Du même*).

Le 19 juillet 1844, un convoi part de Mascara pour Tiaret, où il arrive le 22. Le 25 au soir, un soldat qui n'avait cessé de marcher, comme ses camarades, pendant les trente lieues de trajet parcouru, accuse un peu de fièvre et de diarrhée, puis succombe tout à coup dans la nuit ; à l'autopsie on découvre que le lobe droit du foie était réduit à une vaste coque purulente, sous les enveloppes de laquelle il ne restait du tissu glandulaire qu'une couche de 3 millimètres à peine.

Observation XVIII

(Borius, *Topographie médicale du Sénégal*).

On a pu voir un soldat tomber foudroyé au moment où, arrivé à l'étape, il buvait l'eau d'une source.

Effrayé de cette mort subite, le médecin des troupes fit l'autopsie et trouva que cet homme était mort de la rupture d'un abcès du foie dont jamais il n'avait songé à se plaindre.

Observation XIX

(Dr Lagrange, *Pathologie des Européens à Hué. — Archives de médecine militaire*, 1888.)

Un soldat robuste, sans antécédents pathologiques, meurt subitement à Hué, ayant repris son service après un jour de vague indisposition.

L'autopsie fait découvrir un abcès du volume d'une pomme, développé sur le bord mousse du foie, au voisinage de la veine-cave.

Observation XX

(Barthélemy et Bernardy. — *Arch. de méd. milit.*, 1890, t. XV)

Un trompette de dragons succombe à l'hôpital de Montauban en 1876, le lendemain de son entrée d'urgence ; son foie n'était plus qu'une coque de pus ; l'un de nous le voyait cependant, deux jours auparavant, sonnant la charge ; il ne s'était jamais présenté à la visite.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

1° Les abcès latents du foie ne doivent plus être considérés comme une curiosité pathologique. Le nombre des observations d'abcès méconnus s'accroît tous les jours. La proportion établie par Kœlsch et Kiener (un abcès latent sur sept abcès du foie) est probablement inférieure à la réalité.

2° Au point de vue étiologique, l'influence de la dysenterie semble démontrée dans la très grande majorité des cas.

Mais, dans un certain nombre de faits, il s'agit de kystes hydatiques suppurés, de suppurations hépatiques colibacillaires ; dans d'autres cas, la pathogénie est incertaine.

3° Au point de vue de leur constitution anatomique, ils sont identiques aux abcès à évolution franche, tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue microscopique.

4° Le point dominant de leur histoire, c'est le diagnostic. Ce dernier devra se faire par l'examen minutieux des antécédents ; les moindres troubles intestinaux chez les anciens dysentériques devront être pris en considération et attirer l'attention du côté du foie.

5° On recherchera minutieusement tous les symptômes classiques, tels que fièvre, douleur dans l'épaule droite, aug-

mentation de volume et pesanteur dans la région hépatique, écartement des côtes, dilatation des veines sous-cutanées ; néanmoins, ces symptômes seront quelquefois si atténués qu'ils échapperont aux meilleurs cliniciens.

6° L'analyse des urines et la glycosurie alimentaire éclaireront parfois le diagnostic.

7° L'apyrétisme est fréquent. Dans certains cas, pourtant, la température prise très régulièrement, plusieurs fois dans la journée, indiquera quelque léger mouvement fébrile.

8° Dès que les soupçons seront éveillés, on devra pratiquer une ponction exploratrice pour confirmer le diagnostic.

9° Le pronostic est grave et subordonné à la précocité du diagnostic.

10° Le vrai traitement est l'intervention précoce, d'après les méthodes exposées au Chapitre V.



BIBLIOGRAPHIE

Arnaud. — Congrès de Marseille, septembre 1891. Hépatite suppurée aiguë de nos climats.

Arnaud. — Considérations sur l'hépatite suppurée de nos climats. Marseille, 1887.

Aubert (Th.). — Etude sur les abcès aréolaires du foie, 285, t. I, 1890-91.

Banzet (S.). — Contribution à l'étude des suppurations envisagées au point de vue de leurs formes et de leurs rapports avec la fièvre. — 200, t. II, 1895-96.

Barthélemy et Bernard. — Trois cas d'abcès du foie (Archives de médecine militaire. Paris, 1880, t. XV).

Bergada (A.). — Thèse Paris. — De l'incision transpleurale appliquée aux collections sous-phréniques et en particulier aux kystes hydatiques du foie. N° 48, t. II, 1889-1890.

Berger. — Abcès du foie, développé six ans après une dysenterie des pays chauds (Académie de médecine. Paris, 1897, juillet 13).

Berger (P.). — Abcès du foie, développé sous l'influence d'une grippe six ans après une poussée légère d'hépatite, survenue au cours d'une dysenterie des pays chauds ; évacuation du pus par vomique, septicite ; guérison rapide par l'incision trans-diaphragmatique de l'abcès (Bulletin médical. Paris, 1897, XI, 653-655).

BERTRAND. — Relevé statistique des abcès du foie, opérés par la méthode de Little (Revue de chirurgie, août 1890).

BERTRAND et FONTAN. — Traité de l'hépatite suppurée, 1895.

BICHON. — Diagnostic et traitement de l'abcès du foie (Thèse de Montpellier, 1889-90).

BOINET. — Grands abcès du foie tardifs, consécutifs à la dysenterie de nos climats (N. Montpellier médical, 1898, VII, 391).

BORUIS. — Abcès latent du foie (Topographie médicale du Sénégal. — Archives de médecine navale. Paris, 1882, XXXVII, 140).

BUDD. — Abcès latent du foie. Notes manuscrites de collas (Traité des maladies des pays chauds. — Aussi Traité des maladies du foie, par Frerichs).

CHAMPENOIS (Paul). — Etude critique du traitement des kystes hydatiques du foie. Avantages des incisions larges, 313, t. VII, 1895-96.

COLLAS. — Abcès latent du foie (Traité des maladie des pays chauds, par Corre, p. 805).

COTTA (Ph.). — Contribution à l'étude des abcès du foie à pus stérile : Diagnostic différentiel de ces abcès et des empyèmes tuberculeux, 511, t. IX, 94-95.

DANIN (A.). — Contribution à l'étude des diverses suppurations intra-hépathiques, 320, t. VI, 90-91.

DEBRAY (P.) — De l'absence de microbes dans les abcès du foie, 521, t. X, 1894-95.

DEMARS (A.) — Kystes hydatiques du foie (Thèse Paris, 88-89).

DUPLAY et RECLUS. — Abcès latent du foie (Traité de chirurgie. Paris, 2 éd. VI, 1006. p).

FONTAN. — Grands abcès du foie (Bull. Société de chirurgie, t. XVIII, p. 569, 1892).

FRERICHS. — Abcès latent du foie (Traité des maladies du foie, traduit par Dumenil et Pellagot, 1886).

GASTOU (P.-L.). — Du foie infectieux, 205, t. XI, 1892-93 (Gazette des hôpitaux civils et militaires, 1858, p. 447).

GREMILLON (H.). — (Thèse Paris). Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement des grands abcès du foie. 21, t. X, 1889-90.

HASPEL. — Hépatite latente (Mémoire sur les abcès du foie. Réc. de mém. de médecine, etc., milit., 1843, 11, LV).

JOSSERAND (E.). — Des abcès dysentériques tardifs du foie (Lyon, méd., 1897, n° 49, 421, 440).

LAGARDE — (Th. Paris). Abcès du foie, observés en Afrique, 1857.

LAGRANGE. — Abcès latent du foie. Pathologie des Européens à Nice (Arch. de Méd. militaire, Paris, 1880, t. XII, 129).

LAIRGERIE (De). — (Th. de Paris, 1886). De l'hépatite et des abcès du foie.

LAVERAN. — Bactériologie des abcès du foie (Soc. méd. des hôp. de Paris, 1893).

LEBLOND (V.). — Diagnostic et traitement des abcès du foie (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1892, in-8°, 192 p.)

LEMIÈRE (G.). — De la suppuration. II, t. XIV, 1891-92.

Lyon Médical, 10 déc., 1897.

MABLOUX. — Revue de chirurgie, 1887.

MARTINET. — Des variétés anatomiques d'abcès sous-phréniques. 84, t. XXXIII, 1898-99.

MAUNY (M.). — Etude sur les ruptures intra-péritonéales des kystes hydatiques du foie. — Epanchements de liquide hydatique et de bile dans le péritoine. 317, t. XV, 1890-91.

MENEZES (E.-A. De). — Dos abscessos latentes do figado (Ann. Acad. de Méd. de Rio de Janeiro, 1885-6, 6 s. I, 14-56).

MITTRE (A). — Note sur le diagnostic et le traitement chirurgical des abcès du foie (Lyon, 1887, in-4°, 366, 72 p).

MÜHLIG. — Un cas d'abcés latent du foie (Gaz. méd. d'Orient. Constantinople, 1858-59, II, 130).

MURCHINSON. — Leçons cliniques sur les maladies du foie.

PERRET (V.). — Des kystes hydatiques. — Etude sur la suppuration pleurale du foie (Thèse Paris, 1896-97).

PICQUÉ. — Sur un cas intéressant d'abcès du foie (Rev. gén. de clin. et thérap. Paris, 1897, XI, 625-627).

PY. — Thèse Montpellier, 1884. Des abcès du foie, considérés surtout au point de vue du traitement.

RAFFI (A.). — De la pathogénie clinique de la suppuration des kystes hydatiques du foie. 13, t. XX, 91-92.

RÉGAUD. — Abcès du foie latent (Lyon Médical, 10 déc. 1893.).

RENDU. — Abcès du foie développé six ans après une dysenterie des pays chauds (Acad. de Méd. Paris, 13 juillet 1897.).

RIEUX. — De la pleurésie séreuse droite consécutive aux abcès du foie, forme latente (Thèse Lyon, 1895).

ROUIS. — Abcès latent du foie. — Recherches sur les suppurations endémiques du foie. Paris, 1860.

SCHMITH (J.). — Sur quelques causes d'erreur, dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie. 235, t. XXI, 1892-93.

WENDT. — Abcess of the liver absence of all hepatic symptoms (Méd. Rec., N. Y., 1880, XVIII, 695).

ZANCAROL. — Pathogénie des abcès du foie (Congrès de chirurgie, 5 avril 1893).

Vu et approuvé :

Montpellier, le 8 février 1901.

Le Doyen,

MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 8 février 1901.

Le Recteur de l'Académie,

ANT. BENOIST.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!
